



Agresividad en instituciones psiquiátricas: prevención y tratamiento. Reclusión y limitación.

¿Qué es la reclusión?

Es la retención involuntaria de una persona en un espacio físico limitado y sin posibilidad de huir.

¿Qué es la limitación?

Es la inmovilización involuntaria de una persona.

¿Qué tipos de limitaciones existen?

Son tres:

- *Limitación física*: el personal hospitalario inmovilizan al sujeto sin necesidad de más procedimientos.
- *Limitación mecánica*: la inmovilización se hace con mecanismos mecánicos, como correas, camisas de fuerza, etc.
- *Limitación química*: se utiliza un fármaco para controlar el comportamiento o para limitar la libertad de movimiento de un paciente. No se trata de la medicación habitual del paciente según su trastorno, si no que es un fármaco específico para la crisis.

¿Cuándo está indicado el uso de la reclusión y la limitación?

Las siguientes condiciones son comunes a la mayoría de intervenciones restrictivas:

- Prevenir el comportamiento peligroso con uno mismo o con los demás.
- Prevenir la desorganización o la interrupción del programa de tratamiento, incluyendo el daño a propiedades.
- Si las medidas que promocionan el auto-control del niño u opciones menos restrictivas han fallado o no han sido eficaces.

Se cree que ayuda al niño y al adolescente a desarrollar mecanismos de control interno, de defensa y factores de relación e interpersonales.

La primera elección, si fracasan los programas de descenso, sería la reclusión ya que es médicamente más segura que la limitación y preserva un mayor grado de autonomía del paciente. En riesgo de autolesión, se recomienda la limitación física para los niños y la limitación mecánica para los adolescentes. Hay que tener en cuenta la posibilidad de desarrollo de un estrés post-traumático después de practicar una reclusión o limitación. A veces, se recomienda una combinación de estrategias, pero no está indicado la combinación de reclusión más limitación química.

¿Cuándo está contraindicado el uso de la reclusión y la limitación?

Las siguientes se aplican a todas las intervenciones restrictivas:

- El uso de la reclusión y la limitación, sobre todo la química, como castigo.
- El uso de las intervenciones restrictivas por conveniencia del programa.
- El uso de las estrategias donde están prohibidas por el Estado.
- El uso por parte de un personal no entrenado ni preparado.



¿Cuáles son las críticas más importantes que reciben estos mecanismos?

El uso de la limitación y la reclusión con fines terapéuticos, siempre ha sido objetivo de debate. Muchos consideran que la experiencia de estos mecanismos restrictivos puede ser percibida por los pacientes como una experiencia adversa y coaccionante y con la posibilidad de desarrollar síntomas de estrés post-traumático. Los pacientes siempre los viven como algo adverso y nunca terapéutico. No se puede usar la limitación y la reclusión como medios de coacción, disciplina o de conveniencia del personal, si no cuando exista una situación de emergencia y sólo para salvaguardar la seguridad física del paciente y de los demás.

¿Qué relación hay entre estos mecanismos y el riesgo de muerte?

Se han estudiado los riesgos de muerte de pacientes que han sufrido reclusión o limitación: los resultados muestran que hay un gran número de muertes por asfixia en personas limitadas debido a un excesivo peso en la espalda en posición pronal, el uso de una sábana para tapan la boca con el objetivo de evitar mordiscos, etc.

¿Qué recomendaciones se han establecido como prevención del riesgo de muerte?

- Aumentar la prevención con medidas menos restrictivas.
- Revisar los procedimientos de evaluación de los trastornos psiquiátricos de los pacientes.
- Promocionar el entrenamiento del personal en el uso apropiado de la limitación o en terapias alternativas.
- Considerar la edad y el género antes de indicar un tipo de limitación.
- Observar constantemente a los pacientes limitados.
- Con limitación pronal, asegurarse de que las vías respiratorias no están obstruidas ni que los pulmones están restringidos.
- Con las limitaciones supinas, permitir el movimiento libre de la cabeza, no cubrir la cara con una toalla, etc.
- Las limitaciones con chalecos de cuello alto y de limitación de la muñeca deben hacerse de forma intermitente.
- No dejar al alcance de un paciente recluido los objetos para fumar.

¿Cómo se puede prever el comportamiento agresivo?

Puesto que la limitación y la reclusión son las intervenciones más agresivas, se intentará prevenir el comportamiento agresivo con el fin de reducir la necesidad de utilizarlas. Hay que diseñar programas en este sentido. Para que los programas de tratamiento funcionen, los pacientes deben asumir, siempre que se pueda, la responsabilidad de intentar controlar su propio comportamiento agresivo.

Al mismo tiempo, hay que tener en cuenta que la agresión puede surgir a partir de ciertos estados emocionales, ser una manera habitual de relacionarse con los demás, puede ser premeditado o puede surgir como respuesta a algo concreto, por la influencia de alguna alteración mental o inducido por drogas o medicaciones. Es decir, la agresión es un estado, no un diagnóstico o un comportamiento fijo.

¿Cómo se puede favorecer un ambiente terapéutico que reduzca la posibilidad de crisis?

Hay que tener en cuenta varios aspectos:



- El personal del hospital y el especialista deberán promocionar, inicialmente, la responsabilidad personal y el auto-control con los pacientes agresivos, lo que permitirá que el control del personal sólo se utilizará cuando sea estrictamente necesario.
- El personal debe recordar que el ingreso en un hospital puede provocar temor y hostilidad a un niño con alteraciones psiquiátricas, por lo que es importante que el personal que lo reciba explique a los niños el objetivo de la hospitalización y las expectativas en cuanto a la colaboración del niño.
- Es importante que los ingresados sepan muy bien dónde están los límites y las normas del hospital. Aportarles libros que describan la unidad y sus reglas, favorecerá el conocimiento de niños y padres, a la vez que, si los padres no estuviesen de acuerdo con el tratamiento que se va a aplicar, pueden buscar centros alternativos.
- Además de enfatizar en el auto-control de los propios niños, el personal deberá motivar el apoyo al tratamiento por parte de los padres y, si fuera necesario, de los Departamentos de Juventud. Los esfuerzos comunes son imprescindibles para el éxito del tratamiento.
- Para evitar temores, se puede llevar al niño al centro donde se va a internar un día antes de la reclusión, para que tanto él como sus padres hagan las preguntas sobre las cosas que les inquietan. El método para sensibilizar al niño dependerá de su edad y de su nivel de desarrollo y madurez.

¿Cómo debe ser el proceso de evaluación?

Se realizará la evaluación de distintos aspectos:

¿Qué aspectos hay que tener en cuenta para evaluar el potencial agresivo?

- El personal debe estar formado en el desarrollo normal del niño, psicopatología infantil y juvenil y factores de riesgo, de desarrollo y clínicos, para el comportamiento agresivo.
- El personal debe tener conocimiento de la infraestructura con la que cuentan sus unidades para responsabilizarse de un episodio de agresión (nº de habitaciones de reclusión, métodos de limitación disponibles, metros cuadrados de superficie, personal disponible, etc.).
- Hay que valorar las características físicas de los pacientes, por si se precisaran medidas especiales.
- Hay que conocer las necesidades de minorías culturales y lingüísticas y eliminar los estereotipos a la hora de realizar la evaluación.

¿Qué aspectos deben valorar los psiquiatras y personal de psiquiatría?

- Se debe incluir una historia del comportamiento agresivo del paciente, hacia él mismo y hacia los demás. Se debe valorar los trastornos de conducta (robar, provocar incendios, crueldad con los animales, sexualmente agresivos, muy baja tolerancia a la frustración, escaparse, rabietas, comportamientos auto-destructivos y abuso de sustancias).
- Hay que valorar los niveles de estrés post-traumático en caso de chicos maltratados.
- Instrumentos de evaluación de la agresión en los que se utiliza la información clínica y el auto-informe: (1) Overt Agresión Scale y (2) Brief Psychiatric Rating Scale. También se usa la Escala de Likert, que mide el nivel de agresividad, desde pedir las cosas gritando hasta el asalto físico.

¿Y la evaluación médica?



Hay que valorar la salud de los niños y adolescentes para saber si podrán tolerar la limitación y la reclusión. Se deben conocer los factores de riesgo cardíacos y pulmonares y su tratamiento farmacológico habitual.

¿Cuál debe ser el plan de tratamiento?

Se ha de realizar un plan de tratamiento individualizado que refleje los desencadenantes, los objetivos y los mecanismos de relación de cada uno.

¿Qué modelo de tratamiento se utiliza?

Antes de 1990, el modelo de tratamiento estaba relacionado con los controles internos del niño desde dentro hacia fuera, ayudando a alterar las experiencias personales y creencias a través de la relación con el personal. Actualmente, los programas de tratamiento buscan construir los mecanismos de control desde fuera hacia dentro, aunque se sigue buscando una buena relación con el personal y el uso de estrategias y planes de tratamiento.

¿Qué niveles de intervención existen ante una crisis de un niño o adolescente?

Hay 3 niveles de intervención según el grado de restricción utilizado:

- *Intervenciones no restrictivas*: diseñadas para aumentar el autocontrol del comportamiento del paciente y proporcionar habilidades para facilitar un comportamiento más adaptativo (por ejemplo, técnicas como el modelaje, contratos conductuales, economía de fichas, role-playing) Las *técnicas de descenso* son las utilizadas para los comportamientos agresivos para prevenir la necesidad de intervenciones más restrictivas como la reclusión y la limitación. Las más adecuadas son las que permiten a los niños manejar y controlar su propio comportamiento. Practican estrategias de manera que sean capaces de aplicarlas en una situación de estrés, no caer en las provocaciones, negociar con los amigos, etc. Con los adolescentes hay que tener en cuenta la necesidad de cierta autonomía.
- *Intervenciones restrictivas*: en las que se sigue promocionando el autocontrol del paciente, pero a diferencia del nivel anterior, hay mayor preocupación por la seguridad del paciente y/o la de los demás. Se utilizan contingencias que refuerzan el comportamiento adaptativo (por ejemplo, se usan técnicas de extinción, de restricción en una habitación, aislamiento etc.).
- *Intervenciones más restrictivas*: hay un mayor control externo sobre el comportamiento del individuo y mayor limitación de su autonomía. Estos procedimientos pueden provocar experiencias adversas para el paciente. Sólo se deben utilizar cuando sea preciso preservar la seguridad del paciente y de los demás (por ejemplo, la reclusión, la limitación química, la limitación física y la mecánica).

¿Qué es el tratamiento de la ira y el entrenamiento en habilidades sociales?

Ambos se practican en un formato adecuado, compatible con la política y procedimiento del programa y deben ser incorporados en los planes de tratamiento de niños y adolescentes con riesgo. Se enseña a identificar desencadenantes, distractibilidad, a calmarse, a expresar las emociones para que aprendan a controlar futuras crisis. Esto permite una relación terapéutica. Se debe involucrar a los padres o tutores legales, para motivar al niño para que practique y utilice este plan de tratamiento. Deben haber evaluaciones progresivas para comprobar la eficacia del plan de tratamiento.

Estas estrategias se pueden adaptar para ser utilizadas en otros emplazamientos como centros de acogida, centros residenciales, centros de justicia juvenil, etc.

¿Cuál debe ser el tratamiento en un episodio de agresividad grupal?



A veces, un grupo de interinos se agrupan y ponen en peligro la seguridad del resto de la unidad. Esto conlleva que se tenga que restringir o limitar toda la unidad. En cualquier situación, las estrategias de tratamiento deben ser planeadas con antelación y ser utilizadas sólo cuando los temas de seguridad afectan a la unidad completa.

¿Qué aspectos hay que tener en cuenta respecto al personal hospitalario?

Los más importantes son los siguientes:

- En los temas de formación del personal se ha añadido recientemente el tratamiento a la agresión. Los trabajadores del hospital deben saber las estrategias específicas para llevar a cabo la reclusión y la limitación. Esto incluye prácticas in situ con un equipo y preparación en reanimación cardiorespiratoria.
- El mayor porcentaje de lesiones tanto del paciente como del personal ocurren durante el proceso de limitación y reclusión, lo que requiere mucha preparación para poderlo controlar.
- Los estresantes del personal hospitalario perjudican la ejecución de los objetivos (falta de personal, frecuentes cambios de turno, poca remuneración económica, etc.)
- Ya que estos tratamientos conllevan el cuidado de individuos vulnerables, se requiere al personal que tenga un alto grado de integridad personal y estabilidad. Hay que comprobar los antecedentes antes de dar el empleo.

¿Existen estrategias adicionales para los programas de tratamiento?

Hay distintos modelos que tienen como objetivo preparar al personal para manejar las situaciones de crisis con sus pacientes. Son programas, artículos o libros que enseñan al personal a predecir y prevenir el comportamiento inadecuado y cómo tratarlo físicamente. Se utilizan técnicas de información, role-playing, evaluación de la conducta, entrevistas, refuerzos positivos a la conducta adaptada, terapias de apoyo, entrenamiento en habilidades sociales, etc.

¿Cuáles son las directrices que regulan el uso de la reclusión y la limitación (según la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO)?

- Las normas de comportamiento se aplican a todos los centros de salud.
- La reclusión y la limitación se ceñirán a un máximo de 1 hora para los niños menores de 9 años, de 2 horas para los niños y adolescentes de entre 9 y 17 años, y de 4 horas para individuos mayores de 18 años.
- El especialista debe entrevistarse con el paciente dentro de la primera hora después del inicio de la reclusión o de la limitación. Los pacientes de 17 años o menos deben ser evaluados entre las dos primeras horas de reclusión o limitación, mientras que los de 18 años o más, deben ser evaluados antes de las 4 horas siguientes al inicio de la restricción.
- Las re-evaluaciones deben realizarse cada 2 horas para los pacientes menores de 17 años y cada 4 para los de 18 y más.
- Todos los pacientes reclusos deben de ser supervisados cada 15 minutos, en cuanto al pulso, presión arterial, movimiento de extremidades, etc. Hay que valorar la necesidad de nutrición e hidratación, eliminación y el estado físico y psicológico.
- Una vez conseguido el auto-control, la limitación o reclusión debe terminarse. El personal debe alentar al paciente para conseguirlo.
- Hay que informar inmediatamente a la familia del inicio de la reclusión o limitación.



- Hay que informar si el individuo tiene dos o más episodios de reclusión en menos de 12 horas.

¿Qué factores están relacionados con el proceso de reclusión?

- Se ha demostrado que es una técnica efectiva para ayudar a los niños a descender de situaciones que son dañinas para ellos mismos, para otros o para propiedades. Sin embargo, otros han recomendado no utilizarla, ya que representa una privación del contacto humano cuando el paciente más lo necesita.
- Que algunos miembros del equipo de reclusión sean conocidos del niño ayudará en el procedimiento.
- Una vez iniciada la reclusión, se deberá permitir la mayor autonomía posible al paciente siempre que sea posible.
- Una vez en la sala de reclusión, todas sus pertenencias serán retiradas (sobre todo, cordones de zapatos, joyería, cinturones o cualquier cosa que pudiesen utilizar como instrumentos de autolisis)
- La sala de reclusión tiene que cumplir todas las normas de seguridad (no cableado a la vista, azulejos reforzados en las esquinas, paredes seguras e ignífugas, cerraduras que se abran en caso de incendio, etc)

¿Qué aspectos están relacionados con el proceso de limitación física?

- Se considera beneficiosa la limitación física en casos de promoción del control de niños y adolescentes a través de relaciones de apego con adultos importantes. Por otro lado, no se considera apropiada por (1) su potencial dañino, (2) en caso de pacientes abusados sexualmente, (3) por si se crea un círculo de agresión-coacción y (4) por que no hay datos empíricos que comprueben su eficacia.
- Se debe llevar a cabo por parte de dos miembros del personal por cada niño. Esto puede llevar a una falta de personal y perjudicar a los demás ingresados que necesitan supervisión y apoyo.
- Se debe supervisar los riesgos médicos en la limitación física. La más utilizada suele ser la supina y la pronal. Algunos investigadores sugieren que la limitación física y mecánica son perjudiciales para los obesos puesto que se oprime el diafragma y aumenta el riesgo de muerte. Se considera también que en los niños más agresivos, la limitación física es contraproducente puesto que puede inhibir los mecanismos de compensación psicológica asociados a un aumento del estado emocional y unos posibles consecuentes del tipo obstrucción del aire, arritmias, hiperactividad, embolia pulmonar u otras alteraciones cardiovasculares.
- La limitación física de 30 minutos o menos, no es considerada limitación por la JCAHO, y por lo tanto no necesita la supervisión antes descrita.
- El ambiente de limitación debe ser tranquilo y deben continuar allí hasta que sean capaces de autocontrolarse.

¿Qué aspectos están relacionados con la limitación mecánica?

- En los niños no se aconseja este tipo de restricción por que les provoca temores, sin embargo, es la restricción más segura cuando hay peligro de que el niño se haga daño a sí mismo o a los demás, sobre todo en casos de psicosis orgánica o funcional.



- Las mantas de sujeción, las tablas papoose y otros mecanismos, se utilizan para transportar a los niños desde el lugar donde sufren la crisis hasta la habitación de la reclusión. No hay datos empíricos sobre la eficacia o la seguridad de estos mecanismos.
- La sala debe adecuarse a las salas de reclusión descritas anteriormente. Debe haber una cama lo suficiente segura para soportar a un paciente inquieto. Al paciente, dispuesto boca arriba o boca abajo, se le van a limitar cada uno de los miembros atados con unas cinchas y unos cierres de seguridad. Los miembros del equipo deben ser entrenados para ello.
- Sólo hay que aplicar la limitación mecánica en caso de que el paciente no se haya auto-controlado aún y presente criterios para la limitación.
- Los efectos del uso de ataduras ambulatorias con el objetivo de prevenir la agresión, no están comprobados científicamente.
- Hay que tener cuidado con las obstrucciones del aire por la posición del paciente o por los mecanismos utilizados (tapar la cara con una toalla, etc.), pueden provocar un riesgo de muerte.
- La postura pronal (cara hacia abajo) se ha relacionado especialmente con la posibilidad de lesiones y muerte.
- Hay que tener en cuenta las condiciones médicas del paciente antes de aplicar una limitación mecánica.

¿Qué factores están relacionados con la limitación química?

- Un fármaco utilizado como limitador es una medicación que restringe la libertad de movimiento de un paciente y no es un tratamiento estándar de la patología médica o psiquiátrica del mismo.
- Su uso puede reducir la necesidad de tener que utilizar intervenciones más restrictivas, como la limitación física o mecánica.
- Normalmente, la intervención química está relacionada a comportamientos agresivos consecuentes a ciertos trastornos psiquiátricos.
- Los estudios que hay sobre la medicación como limitador son realizadas sobre los efectos en los adultos.
- Antes de aplicar esta medida restrictiva, hay que obtener la historia de la medicación y del abuso de drogas del paciente.
- Se administra de forma oral o intramuscular. En principio, se debe dar la opción de la administración oral. La sedación puede empezar en pocos minutos o hasta más de 30. La somnolencia puede durar días.
- En la población infantil y adolescente se usan neurolépticos de baja potencia como la clorpromazina, o de alta potencia, como el haloperidol.
- No se acostumbra a utilizar los neurolépticos atípicos como la clozapina, risperidona y olanzapina debido a que tardan mucho en hacer efecto y no hay forma inyectable.
- Los ansiolíticos de corta actuación, como el lorazepam, y los antihistamínicos, como la hidroxicina y la difenhidramina, han sido utilizados para la limitación química en niños y adolescentes, tanto individualmente como combinados con neurolépticos.
- Los medicamentos utilizados para la limitación química, deben ser administrados en caso de urgencia y exigen una supervisión de forma adecuada por parte de un personal preparado.
- La medicación administrada, la combinación de las mismas y los efectos que pueden suceder de la combinación con la medicación base, debe estar controlado por parte del especialista.
- Si es posible, los padres deben aprobar el uso de la medicación.



- Hay que tener en cuenta las limitaciones químicas contraindicadas debido a la condición médica del paciente.

¿Qué ocurre con los niños discapacitados o con retrasos en el desarrollo?

Las intervenciones restrictivas en niños y adolescentes con discapacidades o retrasos en el desarrollo son más o menos igual que en los demás niños. Los padres y tutores deben estar involucrados en el plan de tratamiento. Hay que considerar el nivel de desarrollo del niño para seleccionar las estrategias de comunicación que mejor se acoplen a su capacidad comprensiva.